

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 617-089.844

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Бухтареви́ч С.П.,¹ Денисенко В.Л.,^{1,2} Сушков С.А.²

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Ворсинчатые опухоли прямой и толстой кишок являются новообразованиями с экзофитным ростом, мелкодольчатым строением или имеют форму стелющейся опухоли. Чаще всего, ворсинчатые опухоли одиночные, однако у одного больного может обнаруживаться и более [1]. Диаметр ворсинчатых опухолей может достигать до 9 см в диаметре и более. По мере перерождения железистых полипов в ворсинчатые увеличивается процент малигнизации. Самая высокая частота злокачественного перерождения наблюдается у ворсинчатых опухолей толстой кишки. Чаще всего ворсинчатые опухоли толстой кишки не вызывают клинических проявлений и обнаруживаются при эндоскопическом исследовании. Индекс малигнизации ворсинчатых опухолей составляет от 30 до 70%. В связи с высоким риском малигнизации ворсинчатых опухолей их ранняя диагностика и лечение являются частью мер по предупреждению рака толстой кишки [2].

Цель. Разработать и внедрить в клиническую практику методику комбинированного лечения ворсинчатых опухолей прямой и толстой кишки с помощью лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо»).

Материал и методы. Опухоли удаляли с помощью лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо») импульсный режим генерации энергии (длина волны 1,064 мкм. и 1,34 мкм., мощность – 20-25 Вт., частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – до 50 Гц., максимальная энергия импульса – 1,2 Дж., длительность импульса – 300 мсек.) и электрокоагулятора «PSD-10». Основными этапами эндоскопического удаления крупных аденом прямой кишки являлись: наложение коагуляционной петли; коагуляция и удаление препарата. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 пациентов, лечение которых проводилось только с использованием эндоскопической петли. Вторую группу составили 30 пациентов, в их лечении использована комбинация двух методов: эндоскопической эксцизии эндоскопической петлей и лазерной вапоризации опухоли. Ворсинчатые опухоли имели размеры 1,5-9 см в диаметре. Основание опухоли в отдельных случаях занимало до половины просвета кишки, протяженность достигала 9 см. В зависимости от объема и доступности опухоли удаление производили в один этап или многоэтапно.

Результаты и обсуждение. Опухоли размером до 3 см в диаметре, в большинстве случаев, удаляли в течении одной процедуры. Опухоли, размер которых составил более 3 см удаляли в несколько этапов. Лазерная вапоризация применялась только у пациентов второй группы; методика использовалась при деструкции основания опухоли после эндоскопической эксцизии петлей. Стелющиеся формы ворсинчатых опухолей удалялись преимущественно при помощи лазерной вапоризации у пациентов второй группы, а у пациентов первой группы применяли только методику электроэксцизии эндоскопической петлей. У пациентов первой группы опухоли чаще удалялись в несколько этапов. Лучший гемостаз при удалении опухолей был достигнут у пациентов второй группы при использовании лазерного излучения.

Выводы. Применение лазерного аппарата «Медиола-эндо» позволило снизить частоту рецидивов при лечении ворсинчатых опухолей толстой кишки. Лазерная вапоризация обеспечивает качественный гемостаз. Лазерная вапоризация является методом выбора при лечении стелющихся ворсинчатых новообразований.

Литература:

1. Caselli, G. Uso del dispositivo SILS en transanal minimamente invasiva para el manejo de lesiones benignas de recto / G. Caselli, M. Ocares, B. Caselli // Revista chilena de cirugia. – 2012. – Vol. 64, N 4. – P. 391-394.
2. Transanal minimally invasive surgery (TAMIS) for local excision of benign neoplasms and early-stage rectal cancer: efficacy and outcomes in the first 50 patients / V. Albert [et al.] // Disease of the colon and rectum. – 2013. – Vol. 56, N 3. – P. 301-308.

УДК 616.345-006:615.849.19

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Денисенко В.Л.^{1,4}, Гаин Ю.М.², Бухтаревич С.П.¹, Ерушевич А.В.³,
Шаппо Г.М.⁴, Сушков С.А.⁴, Фролов Л.А.⁴*

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»,

⁴УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает третье место в большинстве развитых стран мира, при этом количество пациентов с запущенными формами заболевания в настоящее время достигает 70% [1,2]. Одним из способов восстановления просвета кишки в зоне опухоли может стать лазерная вапоризация центральной её части [3,4].

Цель исследования. Изучить осложнения лазерной реканализации и стентирования при лечении стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

Материал и методы. В лечении обтурирующего колоректального рака использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм. В работе применён твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек» длина волны 1,064 мкм, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, Республика Беларусь). Пролечено 106 пациентов, находящихся на лечении в проктологическом отделении Второй Витебской Областной клинической больницы (с 23 апреля 2014 года – Витебского областного клинического специализированного центра) и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера с ноября 2012 года по март 2015 года, по поводу стенозирующего рака ободочной и прямой кишки. Средний возраст группы составил 66,4±3,2 лет. Всем пациентам на первом этапе выполняли лазерную реканализацию стенозирующей опухоли лазерным излучением с длиной волны 1,064 мкм, максимальной средней мощностью – 60 Вт, частотой повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, максимальной энергией импульса – 1,2 Дж, длительностью импульса – 300 мсек, классом лазерной опасности – IV, максимальной потребляемой мощностью – 2,5 кВтс, на втором этапе производили радикальную операцию с наложением первичного межкишечного анастомоза.

Результаты и обсуждение. В 76% случаев операция заканчивалась первичного анастомоза (без колостомы). В семи случаях (7%) не удалось провести реканализацию ректосигмоидного отдела ввиду протяженности опухоли более 12 см. (операция закончилась выведением колостомы). В одном случае (1%) произошла перфорация опухоли (операция закончилась выведением колостомы). 1 пациент умер от ТЭЛа (1%). В 15% случаев лазерная реканализация произведена с симптоматической целью. В двух случаях имело место выпадение колоректальных стентов.

Выводы. Использование лазерной реканализации зоны опухолевого стеноза с последующей установкой стента позволяет при колоректальном раке, осложнённом обтурационной кишечной непроходимостью, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и